

THÈSE **548**
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice-Jean MORDELET

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours

Né le 14 Janvier 1910, à Contres (Loir-et-Cher)

**Sur trois cas d'abcès
des muscles temporaux**

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551407_0017

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice-Jean MORDELET

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours

Né le 14 Janvier 1910, à Contres (Loir-et-Cher)

Sur trois cas d'abcès des muscles temporaux

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	N.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgic.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-Rhino-Laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anat. pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgic.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgic.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS . . Pathologie chirurgic.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgic.
 TROISIER Pathol. expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgic.
 Justin BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . . . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VALLERY-
 RADOT
 SÉZARY

Clinique médicale.

BASSET
 BROCO
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER

Clinique Chirurgicale.

ECALLE
 GUÉNIOT
 LE LORIER
 LEVY-SOLAL
 METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.
En témoignage de notre respectueuse ad-
miration.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR HUSSENSTEIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris
Professeur suppléant de Clinique Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Tours

*Qui nous a inspiré ce travail et aidé de
ses conseils précieux.
Qu'il trouve ici l'expression de ma vive
reconnaissance et de ma respectueuse
affection.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE
ET DES HOPITAUX DE TOURS

A M. LE DOCTEUR LAPEYRE

(In memoriam)

A M. LE DOCTEUR TILLAYE

(In memoriam)

A M. LE PROFESSEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours
Chirurgien-Chef à l'Hôpital Général

En témoignage pour son enseignement.

A M. LE DOCTEUR GAUDEAU

Médecin-Chef à l'Hôpital Général de Tours
Professeur de Pathologie Médicale à l'Ecole de Médecine

Qui a guidé si paternellement nos premiers pas dans la médecine et sut si bien nous faire comprendre et aimer les malades.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR DENOYELLE

Médecin-Adjoint à l'Hôpital Général de Tours
Professeur de Thérapeutique

En reconnaissance des conseils qu'il nous a toujours si amicalement prodigués, et de la grande expérience dont il a su si simplement nous faire profiter.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A M. LE DOCTEUR CHEVÉ

Chirurgien-Chef à l'Hôpital Général de Tours
Professeur de Médecine Légale

En témoignage de ma reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR A. VIALLE

A M. LE DOCTEUR FAIX

A M. LE DOCTEUR FARÉ

A M. LE DOCTEUR MOYRAND

A M. LE DOCTEUR MAGNAN

A M. LE DOCTEUR HUC

A M. LE DOCTEUR DESBUQUOIS

INTRODUCTION

L'étude des myosites primitives est actuellement à l'ordre du jour.

On sait que le tissu musculaire peut s'infecter au même titre que les autres tissus de l'organisme et que des abcès peuvent survenir, qui, apparaissant spontanément, constituent à eux seuls toute la maladie.

Mais, alors que les cas d'abcès musculaires des muscles du tronc et des membres se multiplient, ceux des muscles de la tête publiés jusqu'à ce jour restent exceptionnels. Mises à part quelques observations de myosites du masséter, nous n'avons pu trouver dans la littérature aucune autre observation de suppuration primitive des muscles masticateurs.

C'est pourquoi nous nous proposons d'étudier ces trois cas que le hasard ou la loi des séries nous ont permis de suivre.

Leur intérêt réside dans ce fait que c'est l'épreuve du traitement (résection partielle du muscle) et l'évolution de la maladie qui ont conduit au diagnostic de myosite.

Dans les deux premiers cas, on a cru d'abord à une ostéomyélite du crâne et on a cherché vainement la

lésion osseuse. Ce n'est qu'après avoir rectifié le diagnostic au moment de l'intervention et enlevé la portion malade du muscle, que la guérison est survenue dans le premier cas. Dans un autre, la persistance du foyer non réséqué a entraîné la mort au milieu de complications méningées. Instruits par l'expérience, dans un troisième cas, le malade a pu guérir en quinze jours après intervention chirurgicale dirigée contre la myosite.

Il est vraisemblable que des cas analogues de myosite des masticateurs ont été pris pour des ostéites crâniennes. C'est peut-être ce qui explique l'absence d'observations connues. Nous verrons d'ailleurs sur quels signes peut se baser le diagnostic différentiel de ces deux affections.

Nous insisterons enfin sur le chapitre du traitement et nous montrerons que les notions généralement admises sur le traitement des myosites sont en contradiction avec les faits que nous avons observés. Le débridement simple étant insuffisant pour amener la guérison.

Voici d'abord ces trois observations recueillies chez des opérés du D^r Hussenstein, à l'obligeance de qui nous devons d'avoir pu suivre ces malades.

OBSERVATION PREMIERE

M. F..., 55 ans, pléthorique et diabétique, est pris vers le 12 août 1933 d'une douleur vague dans la région temporale gauche, avec température 38-38°5. Puis une tuméfaction apparaît avec œdème de la paupière et le malade entre à la clinique le 25 août.

L'examen, à ce moment, montre une tuméfaction dans la fosse temporale gauche, peu volumineuse, douloureuse, qui, avec un œdème léger de la région orbito-frontale, un léger trismus et une température de 38°2, manifeste l'existence d'un abcès profond. Son orifice est inconnu, on pense d'abord à un abcès d'origine otitique. Cependant, l'examen du spécialiste, D^r Magnan, ne décèle rien de précis à ce point de vue. On émet l'hypothèse d'une ostéite du crâne, et les médecins appelés en consultation, concluent à la nécessité d'une intervention chirurgicale, qui est pratiquée le 17 août 1935.

L'état général ne paraît pas mauvais, pas de sucre à ce moment dans l'urine, glycémie à 1 gr. 55, urée dans le sang : 0 gr. 47.

Intervention. — Lambeau temporal à pédicule zygomaticue. On rugine le muscle temporal de façon à

découvrir le plus largement possible, la fosse temporale profonde, jusqu'à la crête sous-temporale.

A ce niveau, on trouve quelques centimètres cubes de pus.

On pose le diagnostic d'ostéomyélite du crâne et on cherche minutieusement l'existence du foyer osseux. Il semble, à la curette, qu'une petite zone grosse comme une lentille, siégeant près de la suture sphéno-temporale, soit nécrotique, et on effectue un curettage soigneux de l'os. La lésion n'est en tout cas pas nette. Par contre, en dehors, le muscle est largement infiltré, œdématié. Curettage des fongosités. Ne soupçonnant pas l'existence d'une myosite, on laisse le muscle temporal inséré sur son aponévrose, et on ferme en laissant une petite mèche et un drain dans le foyer présumé d'ostéite.

Le pus prélevé, à l'examen direct, aurait été aseptique et, à la culture, aurait décelé du pneumocoque. Le lendemain de l'opération, la face est œdématiée et la température au-dessus de 40°. La courbe descend progressivement pour atteindre 38° vers le dixième jour et s'y maintenir pendant une durée égale. Pendant cette période, on a fait du vaccin polyvalent. Le malade quitte la clinique, apyrétique, au bout d'un mois, mais conservant toujours une fistulette pré-auriculaire que le médecin traitant continue à mécher.

Rentré chez lui, la fistule se referme; mais, huit

jours après (26 septembre) la fermeture complète de l'orifice, la température remonte de nouveau et un nouvel abcès se reforme. Ce malade entre de nouveau à la clinique pour une intervention qui consiste uniquement en un débridement du trajet et curettage des fongosités. On ne trouve toujours pas de zone ostéomyélitique typique. Pendant tout ce temps, on a continué une vaccinothérapie polyvalente, sous-cutanée et locale. Une seconde fois, le blessé rentre chez lui, mais la plaie reste fistuleuse jusqu'au mois de janvier. A ce moment, l'examen montre un trajet qui s'étend sous le muscle temporal. Entre le muscle et l'os existe une zone large remplie de fongosités. La douleur est pratiquement inexistante, mais le blessé se plaint surtout d'un trismus qui le gêne considérablement. La température est subnormale. De temps en temps un petit crochet à 38°.

Devant cet état inquiétant et pensant qu'il s'agissait d'une persistance de la suppuration par infection myositique, on décide de faire une résection du muscle. Pour la troisième fois, le malade est hospitalisé.

On incise sur la première ligne d'incision, dessinant un lambeau à base zygomatique. On rugine le muscle temporal qui est réduit dans toute sa partie antérieure au moins, à l'état d'une masse gélatineuse, blanchâtre et scléreuse par endroits. L'os sous-jacent ne paraît pas spécialement malade. Aux ciseaux et au bistouri,

on résèque la plus grande partie du muscle temporal et on ne touche pas à la paroi osseuse.

Mèche et drain aux deux extrémités du lambeau, suture de la plaie aux crins. Les suites opératoires sont extrêmement simples : en trois jours, l'œdème de la face, qui est apparu volumineux le soir de l'opération, disparaît, et douze jours après le malade sort complètement guéri de la clinique.

Revu six mois après, ce blessé n'a plus aucun trismus, il a repris intégralement ses occupations, et il ne persiste plus qu'une déformation de la fosse temporale vidée de son muscle.

En conclusion, il s'est agi d'un malade chez lequel on a porté le diagnostic d'ostéite du crâne, d'origine indéterminée, chez lequel on n'a pas pu faire la preuve de lésion osseuse et qui n'a guéri que six mois après le début, au moment précis où on a réséqué le muscle temporal. Aucune lésion d'oreille n'a pu être mise en évidence, aucune lésion de sinus, aucune lésion dentaire, aucune lésion cutanée.

Le fait qu'il existait un abcès vraisemblablement à pneumocoque sous le temporal et que le malade a guéri en douze jours après la résection de ce muscle, nous a incité à penser qu'il s'agissait bien d'une myosite aiguë.

OBSERVATION II

Une femme de 35 ans, M^{me} B..., en juin 1934, subit une avulsion dentaire pour une carie d'une deuxième grosse molaire supérieure droite. Environ quinze jours après, apparaît une tuméfaction douloureuse de la région temporale droite, tuméfaction légèrement douloureuse, s'accompagnant d'une température de 38°5 et 38°.

Cette malade, examinée à ce moment par un chirurgien, n'est pas opérée. On lui prescrit du propidon et, environ trois semaines ou un mois après le début des accidents, se constituent trois fistules par lesquelles s'évacue du pus franc.

1° Une fistule dans la région temporale au-dessus du zygoma, en avant des vaisseaux temporaux;

2° Une fistule dans la région parotidienne, derrière la branche montante du maxillaire;

3° Troisième fistule au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, à deux travers de doigt de la clavicule.

Au début de septembre, apparaît de l'œdème de la région temporale, œdème qui gagne la région palpé-

brale, en même temps que les fistules cessent de donner. La malade est examinée par le chirurgien le 11 septembre 1934.

On constate une tuméfaction inflammatoire de la région temporale gauche avec un œdème assez accentué de cette même zone gagnant la face et les paupières. La tuméfaction temporale n'est pas très douloureuse au moins spontanément et la malade se plaint surtout d'un trismus marqué. La température est autour de 38°5.

Intervention (12 septembre 1934). — Incision verticale sur la fistule temporale avec débridement en haut, et en T à branche incurvée. On a ainsi un jour assez large dans la fosse temporale. Cette incision donne issue à une collection de pus siégeant entre le muscle et l'os. Exploré minutieusement, le muscle ne présente rien de net en fait de lésions, sauf peut-être dans la même région où, chez le malade de l'observation première, nous avons cru voir une carie osseuse, près de la crête sous-temporale, au voisinage de la scissure sphéno-temporale. On rugine l'os et, à la pince gouge, on arrive à mettre la méninge à nu, sur une très petite zone, grande comme une pièce de cinquante centimes.

L'os abrasé ne paraît pas nettement ostéitique. On referme la fosse temporale sur drainage. Les trois trajets fistuleux sont curettés, touchés au nitrate. Il

n'a pas été possible de suivre de façon complète la fistule inférieure jusqu'au foyer temporal. Par contre, il semble qu'en avant on puisse atteindre le sillon maxillo-jugal.

Les suites opératoires sont assez simples. L'œdème de la face, encore très marqué pendant quelques jours, diminue, puis disparaît, et la fistule temporale se ferme vers la quatrième semaine. La malade quitte la clinique. Les deux fistules inférieures ne sont pas fermées, mais ne donnent pratiquement pas. On continue la vaccination polyvalente.

Le 10 novembre 1934, le chirurgien est rappelé auprès de cette femme qui présente de nouveau une tuméfaction inflammatoire de la fosse temporale et des signes méningés. L'examen montre en effet un œdème inflammatoire de la tempe et de la région fronto-orbitaire gauche, et d'autre part un Kernig, de la raideur de la nuque et de la fièvre à 39°.

La ponction lombaire montre un liquide légèrement trouble et très hypertendu. Le laboratoire répond : 1 gr. 20 d'albumine, 0,35 de sucre, 5 gr. de chlorures et des globulines. Très nombreux polynucléaires et surtout quelques cocci encapsulés du type pneumocoque. Les cultures restent négatives après vingt-quatre heures, la souris reste vivante au bout de quarante-huit heures.

On pense à l'existence d'un abcès extra-dural ou

sous-dural, on réintervient en faisant un grand lambeau temporal à pédicule zygomatique, mais dans la fosse ostéo-musculaire on ne découvre que quelques gouttes de pus. L'os paraissait infecté dans la partie basse de la région temporale, mais on ne trouve qu'une méninge battant normalement et rien qui permette de penser à l'existence d'un abcès.

Curettage du muscle et fermeture sur drainage; chlorure de zinc et mèche.

Les suites opératoires sont dominées par le tableau méningé. Chaque jour la malade recevra une injection intrarachidienne d'électrargol après prélèvement de 15 à 20 cc. de liquide céphalo-rachidien. Quatre ponctions lombaires sont ainsi faites, puis quatre autres à intervalle de quarante-huit heures.

En même temps, on lui fait du sérum antipneumococcique, tonicardiaques, etc...

Les signes méningés, Kernig, raideur, troubles vasomoteurs diminuent, avec alternatives de mieux et de pire, jusque vers la troisième semaine; il reste cependant à ce moment encore de la rachialgie, une certaine raideur des muscles spinaux et une céphalée persistante.

La malade rentre chez elle après cinq semaines de clinique. Les fistules se sont de nouveau réouvertes,

mais la malade commence à faire quelques promenades. Elle mourra de méningite purulente à pneumocoque au mois d'avril 1935.

Il s'agit donc d'un abcès de la fosse temporale profonde, qui est vraisemblablement d'origine musculaire. Le diagnostic de myosite n'ayant pas été porté, on s'est acharné à chercher une lésion osseuse dont on n'a jamais pu faire la preuve. Mais les accidents méningés, de nature pneumococcique, ont fini par emporter la malade.

OBSERVATION III

Il s'agit d'un homme de 26 ans, Aimé V..., qui entre le 23 décembre 1934 à l'hôpital de Tours, pour une tuméfaction de la région temporale droite avec fièvre et trismus.

On apprend que cette tuméfaction est apparue au décours d'une crise douloureuse atteignant les articulations du poignet, du genou droit, du coude gauche, et qui a été étiquetée rhumatisme articulaire aigu. Cette polyarthrite, accompagnée d'une température allant jusqu'à 40° et d'une lésion cardiaque, a débuté le 28 octobre et s'est terminée vers le 20 novembre environ, un mois avant l'apparition des symptômes temporaux.

A son entrée à l'hôpital, la température est de 38° et la tuméfaction volumineuse de toute la zone temporo-orbitaire et jugale gauche, fait penser d'abord à une arthrite de la temporo-maxillaire. On constate un souffle d'insuffisance mitrale. Pas de lésion articulaire des membres.

Cinq jours après son entrée, nous examinons le malade, hospitalisé en médecine, et dont la tuméfaction

temporale a augmenté considérablement de volume. Elle s'étend de haut et en avant vers le front. Elle est devenue fluctuante et il paraît évident qu'on se trouve en présence d'une collection suppurée de la fosse temporale. Cet abcès est d'ailleurs remarquablement peu douloureux et on est frappé de ce fait opposé aux douleurs du malade atteint d'ostéomyélite du crâne. Une ponction de l'abcès ramène du pus à pneumocoque.

Intervention (29 décembre 1934). — Instruits par les observations précédentes, l'intervention consiste, après avoir incisé verticalement le temporal jusqu'à la paroi osseuse, et avoir débridé en T en haut, à réséquer une grande partie du muscle d'emblée, sans toucher à la paroi osseuse. Un fragment de ce muscle est prélevé, qui montre l'existence d'une myosite.

La paroi osseuse temporale examinée ne montre aucune lésion typique d'ostéite. Cependant, dans la région de la crête sous-temporale, dont l'os présente un aspect rappelant celui que nous avons constaté dans les deux observations précédentes, on prélève un petit fragment de la table externe du temporal dont l'examen histologique montrera l'intégrité du tissu osseux. On ferme la plaie sur drainage et le drain est enlevé au sixième jour.

Le malade sort de l'hôpital le douzième jour, com-

plètement guéri. Nous l'avons revu trois mois après : il ne persiste pratiquement qu'une diminution très légère d'amplitude des mouvements d'ouverture de la bouche. La fosse temporale évidée forme un méplat assez inesthétique.

En résumé, abandonnant le diagnostic d'ostéomyélite du crâne que nous avons porté dans les deux cas précédents, absolument superposables à celui-ci, il nous a paru logique de porter celui de myosite suppurée à pneumocoque du muscle temporal. L'expérience nous a donné raison puisque, ayant réséqué ce muscle dans la partie qui nous a paru malade, vingt-cinq jours après, le blessé reprenait son travail.

HISTORIQUE

L'étude des myosites est de date récente.

Depuis un siècle à peine qu'elles sont connues (observations Princeps, Kin, thèse de Latour, 1803), l'histoire de cette affection est émaillée d'observations peu nombreuses et fort incomplètes. Les meilleurs travaux produits sont d'ordre pathologique et c'est à Hayem (1870) et à Zencker (1864) que l'on doit l'étude des altérations des muscles dans la fièvre typhoïde.

En fait, c'est seulement ces dernières années que les chirurgiens se sont intéressés à cette question et qu'ils ont contribué à mettre au point la clinique et le traitement de ces myosites. Citons, entre autres, la publication du professeur Lenormand à la Société de Chirurgie, en 1933 et 1934; les travaux des chirurgiens coloniaux, en particulier ceux de Palles et de Huard, et une série de documents apportés par les Japonais Scriba, Miyaki et Bawa, intéressants surtout pour l'étiologie et la pathologie de cette affection.

Actuellement, avec J. Pergola (thèse de Paris, 1935), qui fait une mise au point remarquable de la question, il convient de distinguer :

Des myosites aiguës;

Des myosites chroniques.

Et, parmi les premières, trois formes principales :

Des myosites suraiguës, graves, de pronostic fatal;

Des myosites aiguës à foyers suppurés multiples, véritable pyohémie;

Des myosites franches à abcès collectés.

C'est dans ce dernier cas qu'il convient de situer les trois observations précédentes. Le siège crânien de ces myosites leur confère un aspect particulier et une évolution spéciale, et comporte des complications méningées propres à cette localisation.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Fréquence. — Les abcès musculaires sont, dans nos climats, des affections rares.

Au Japon, en Indochine, en Afrique Equatoriale ou Occidentale, ces myosites paraissent beaucoup plus fréquentes; c'est ce qui a permis aux médecins militaires d'apporter des notions étiologiques, cliniques et biologiques intéressantes.

Si tous les muscles striés peuvent être intéressés, il en est certains pour lesquels les microbes semblent avoir une propension localisatrice beaucoup plus grande. C'est, par ordre décroissant : le quadriceps crural, le grand pectoral, le biceps brachial, le triceps, la masse sacro-lombaire, le grand doigt de l'abdomen, le deltoïde.

Les muscles de la tête et du cou, sauf le sterno-cléido-mastoïdien, sont exceptionnellement lésés.

Nous avons dit qu'en dépouillant les observations publiées, nous n'avons pas rencontré un seul cas typique d'abcès des muscles temporaux. La raison est peut-être que, tout en étant très rares, certaines myosites suppurées ont pu être prises pour des collections

d'origine osseuse ou pour des abcès d'origine otitique. C'est d'ailleurs le diagnostic qui avait été initialement porté chez les deux premiers malades dont nous avons donné les observations.

L'attention attirée sur ces cas d'abcès musculaires permettra vraisemblablement d'en multiplier les cas.

Bactériologie. — Dans les trois cas que nous rapportons, le pneumocoque a été trouvé à différentes reprises dans plusieurs laboratoires. Il semble bien que, dans l'observation première, il ne faille tenir aucun compte d'un premier examen négatif.

Le pneumocoque est en effet un des quatre germes qui se partagent l'étiologie des myosites primitives avec le staphylocoque, le streptocoque et le gonocoque.

Le staphylocoque semble plus fréquent et, immédiatement après lui, vient le pneumocoque (Pergola). Nos observations rentrent donc dans la norme. Il est d'ailleurs intéressant de souligner que ce pneumocoque, découvert dans le foyer myositique (observation II), a pu être ultérieurement décelé dans le liquide céphalo-rachidien d'une de nos malades, lorsqu'ont commencé les accidents méningés. On a ainsi la preuve de la nature pneumococcique de la lésion.

C'est évidemment par les vaisseaux que se fait l'apport des germes dans les muscles, car dans la plupart des cas, et en particulier dans ceux que nous publions,

aucun traumatisme local net et certain n'a pu être décelé.

La porte d'entrée est souvent difficile à trouver : dans l'observation II, il semble bien que la lésion dentaire avec l'anesthésie locale qui a accompagné l'avulsion d'une molaire de la mâchoire supérieure ont pu, dans une certaine mesure, être la voie d'invasion pour le germe causal.

Faut-il voir dans le cas de l'observation III un rhumatisme articulaire aigu, qui a signé son passage par une lésion endocardique, être l'infection initiale dont le pneumocoque serait le microbe de sortie?

Il est plus vraisemblable que cette affection a joué le rôle de cause prédisposante.

CAUSES PREDISPOSANTES

La plupart des observations que nous avons dépouillées soulignent l'importance de l'altération générale lors de l'apparition de myosite.

Tantôt c'est le diabète ou l'alcoolisme, tantôt l'hypo-alimentation. Les chirurgiens coloniaux insistent sur ce fait que la myosite se greffe toujours sur un terrain pathogène antérieur.

Chez nos malades, l'un était un diabétique avéré, pléthorique, avec légère hyperglycémie.

Un autre était en convalescence d'un rhumatisme articulaire aigu.

Un troisième était une femme incontestablement surmenée dont la myosite a commencé à la suite d'un excès de fatigue dû à un changement d'existence.

Nos trois observations montrent l'importance de la diminution de résistance du terrain, mais, dans aucun des trois cas, nous n'avons pu trouver les causes prédisposantes locales; aucun traumatisme évident, aucune infection de l'oreille; une fois, une affection dentaire, qui n'explique pas en tout cas complètement la localisation du pneumocoque sur ce muscle temporal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue anatomo-pathologique, les biopsies de nos trois cas de myosite ont été pratiquées; d'ailleurs, les lésions que nous y avons découvertes, tant au point de vue macroscopique que microscopique, ne diffèrent en rien des lésions constatées dans les autres myosites, à localisation différente.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Nous avons toujours remarqué le corps charnu du muscle, tuméfié, grisâtre, transformé en une véritable éponge imbibée de sérosité roussâtre et de pus collecté; les fibres musculaires, grisâtres et cassantes entièrement dépourvues de contractilité. Il n'a pas été constaté de membrane pyogène solide s'opposant à la diffusion de l'infection et du pus, ce qui expliquerait la réaction inflammatoire du périoste remarquée dans nos trois cas.

Seule existe une paroi constituée par des berges de tissu musculaire nécrosé qui se continuent insensiblement.

ment avec d'autres fibres lésées à un moindre degré, puis avec des fibres normales. Donc, pas de barrière : l'infiltration est diffuse et gagne le périoste sous-jacent.

Quant au volume de l'abcès, dans nos trois observations il n'a jamais dépassé la grosseur d'une noisette, donc de petite volume et toujours à limites anfractueuses et déchiquetées, portant des paquets de fibres nécrosées.

Le pus contenu dans l'abcès était d'aspect brunâtre, assez bien lié et presque sanglant. Dans un seul cas, le pus s'est montré franchement verdâtre et sans odeur. Autrement, dans nos autres observations, nous l'avons vu brun foncé, contenant du tissu conjonctif interfasciculaire mortifié et des paquets de fibres musculaires nécrosées, ainsi que du sang dû aux hémorragies de la paroi de l'abcès.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Avant d'aborder cette question, nous ferons un court rappel d'histologie normale, qui fera mieux comprendre les lésions microscopiques que nous avons remarquées chez nos trois malades.

On sait que la fibre musculaire présente à considérer :

a) Le myoplasme, constitué par des fibrilles striées, élément nettement différencié, partie très contractile de la fibre musculaire;

b) Le sarcoplasme ou protoplasme, non différencié, qui nourrit, défend et régénère le myoplasme.

Normalement, le rôle de myoplasme est capital. Pathologiquement, les rôles sont renversés : la substance striée dégénère ou disparaît, le sarcoplasme s'hyperplasie et prolifère.

Le sarcoplasme est le tissu qui, sous le sarcolemme, contient les **noyaux**; c'est le tissu intermédiaire aux fibrilles et qui donne à la fibre musculaire son dynamisme et son devenir.

A peine représenté dans la fibre normale, c'est à lui pourtant qu'incombent les phénomènes de nutrition, d'absorption et d'excrétion, et c'est lui qui, probablement, remplace les fibrilles au fur et à mesure de leur usure physiologique (Durante).

Le tissu interfasciculaire conjonctif comprend des vaisseaux capillaires veineux et artériels très abondants, des nerfs et des lymphatiques.

Quant aux lésions microscopiques, nous les avons toujours vues comportant des altérations inflammatoires du tissu conjonctif et des modifications dégénératives de la fibre musculaire toujours associées.

C'est le tissu conjonctif interfasciculaire qui est le premier frappé, et si l'on n'a pu suivre les stades des

phénomènes inflammatoires, nous avons du moins observé que la collection suppurée était limitée par une zone plus ou moins large d'inflammation aiguë. Cette zone est pourvue de fibres musculaires réalisant histologiquement l'aspect le plus typique d'un bourgeon charnu inflammatoire: prolifération conjonctive jeune, active, néo-formation vasculaire de type embryonnaire et raptus hémorragiques disséminés.

Enfin, le microscope a mis en évidence les lésions dégénératives de la fibre qui sont dominées par la dégénérescence cireuse de Zenker, sorte de dégénérescence la plus fréquemment remarquée; le contour des fibres apparut transformé en une masse volumineuse, en cylindres homogènes, réfringents et très acidophiles, sans qu'il y eut altération du sarcolemme. Quant au sarcoplasme, il a toujours paru intact, semblant se transformer en une masse plasmodiale, dans laquelle on distinguait les noyaux de la fibre musculaire dégénérée.

Il nous aurait été possible, après les deux cas de guérison que nous avons constatés, d'étudier les phénomènes de cicatrisation et de régénération; nous ne l'avons pas fait, la régénération du muscle ayant dû se produire, comme dans l'immense majorité des cas, par simple bourgeonnement des fibres musculaires, qui entraîne toujours la formation d'un tissu épais fibreux.

ETUDE CLINIQUE

Les myosites des temporaux doivent à leur localisation spéciale dans une région où le muscle est compris dans une gaine inextensible ostéo-fibreuse, une symptomatologie particulière.

Les trois observations précédentes montrent que l'évolution a été sensiblement la même dans les trois cas. En effet que le diagnostic clinique a été fait par le chirurgien lorsqu'il a été amené à examiner le blessé de l'observation III, éliminant le diagnostic d'ostéite du crâne qui avait été posé dans les deux cas précédents.

Le début est en général rapide, mais non brutal; c'est en vingt-quatre ou quarante-huit heures qu'apparaissent deux ordres de symptômes : une douleur à la partie antérieure de la fosse temporale et une ascension thermique de 38° à $38^{\circ}5$. En général, ce début peu impressionnant n'est pas observé par le médecin, la douleur est prise pour une céphalée banale qui, accompagnée d'une fièvre légère et de frissons, fait penser à la grippe.

Vers le troisième jour, quelquefois plus tard, apparaît un œdème dans la région temporale, et c'est en général à ce signe qu'on appelle le médecin.

L'abcès est alors en voie de constitution et, à cette période d'état, le diagnostic de myosite peut être affirmé.

La douleur est habituellement assez vive, elle est maxima dans la région œdématisée, siégeant à la partie antérieure de la fosse temporale, près de l'arcade zygomatique, mais diffuse à distance, et devient une véritable céphalée.

Ce qui nous a paru surtout frappant, dans les cas que nous avons observés, c'est la différence d'intensité entre la douleur d'une myosite qui suppure et la douleur d'une ostéomyélite des os du crâne.

Alors que la douleur d'ostéite est une douleur atroce, lancinante, profonde, d'une intensité considérable, la douleur de la myosite est beaucoup moins accusée et ressemble plutôt à une céphalée moyenne. Nous n'avons pas observé ces douleurs nécessitant la morphine indiquée dans certaines observations, et même nous considérons comme un signe différentiel de bonne valeur le plus ou moins d'intensité de la douleur : douleur atroce d'origine osseuse, douleur sourde d'origine musculaire.

Cette douleur entraîne, bien entendu, de l'insom-

nie, et assez souvent un trismus qui peut faire penser à une arthrite temporo-maxillaire.

A l'examen, on observe d'abord de l'œdème de la région. Il est d'abord localisé à la partie antérieure de la fosse temporale, puis augmente en haut et en avant, entraînant de l'œdème de la paupière supérieure, de la partie latérale du front, de la joue, œdème qui descend parfois jusqu'à la région cervicale.

Cet œdème cutané est d'autant plus remarquable qu'à l'intervention la peau est absolument libre, comme d'ailleurs le tissu cellulaire et l'aponévrose. Il rappelle l'œdème de la face dorsale de la main dans les phlegmons de la gaine palmaire. C'est un œdème blanchâtre, mou, formant le godet. Dans l'une de nos observations, il s'agissait d'un œdème légèrement rosé et un peu douloureux.

La palpation ne montre rien de précis : parfois, dans la partie antérieure de la fosse temporale, on trouve un empâtement profond. Si la suppuration augmente à la partie toute supérieure de la fosse temporale, on pourra sentir la fluctuation. En général, c'est une tuméfaction mal limitée, plutôt un empatement.

Cette sensation de tuméfaction profonde est due au fait que l'abcès musculaire est entouré d'une réaction inflammatoire de fibres très à distance du foyer. Il n'y

a pas de membranes pyogènes solides comme dans un abcès sous-cutané.

Cet abcès est protégé par l'aponévrose temporale qui est inextensible.

Le muscle est contracturé autour du foyer par un phénomène réflexe (Pergola, Abrhami et Worms).

Les signes généraux sont de moyenne intensité : la température aux environs de 38°5, rarement 39°; le pouls est en rapport avec la température. L'état est surtout mauvais pendant quelques jours, en particulier chez les sujets débilités.

En conclusion, l'examen montre l'existence d'un foyer inflammatoire vraisemblablement suppuré dans la région temporale antérieure.

Une ponction ne montrerait pas toujours de pus, car la quantité de liquide est le plus souvent peu abondante et le pus trop épais pour être aspiré dans l'aiguille d'une seringue.

Ce n'est que plus tard, lorsque la suppuration fuse à la partie supérieure de la fosse temporale, vers le huitième jour en général, que la collection apparaît sous la peau, et que la présence du pus ne peut pas être ignorée.

EVOLUTION

L'évolution des abcès myositiques et temporaux nous a paru loin d'être aussi bénigne que celle des abcès myositiques des membres. L'incision avec drainage, ce à quoi s'étaient bornées nos premières interventions, n'a pas suffi à amener une guérison. Dans un cas, pendant six mois, le malade a eu une fistule et a continué à suppurer, conservant une douleur et de la gêne fonctionnelle de la mâchoire avec mauvais état général.

Dans un autre cas, des complication méningées sont survenues et ont fini par entraîner la mort de la malade.

Ce n'est qu'après résection du muscle que la guérison a pu apparaître, et ceci avec une rapidité extraordinaire, puisque, les deux fois, nos malades étaient complètement cicatrisés quinze jours après. Revus depuis, ils se sont montrés bien consolidés.

En conclusion, en l'absence de résection musculaire, l'évolution se fera vers une suppuration indéfinie, fistuleuse, pouvant durer des mois, ou capable d'entraîner des complications, en particulier des complications méningo-encéphaliques.

Si le blessé est opéré, et si, en même temps que l'incision de l'abcès et l'évacuation du pus, on résèque la plus grande partie du muscle infecté, on obtient une guérison rapide et définitive dans les quinze jours.

COMPLICATIONS

Si l'on tient compte de la configuration anatomique du muscle temporal, du mode d'insertion de ses fibres, de son application directe sur l'os temporal, dont il est séparé par une vascularisation et une chaîne lymphatique abondantes, il est aisé de prévoir les complications, tant générales que locales, auxquelles sera exposé le sujet atteint de myosite de ce muscle.

A. — COMPLICATIONS LOCALES

1° *Fistulisation.* — Les abcès temporaux, d'après les cas que nous avons observés, nous ont paru n'avoir aucune tendance à la guérison spontanée. Même après incision, une fistule apparaît, qui siège à l'endroit du drainage et persistera pendant des mois. Si l'abcès évolue spontanément, il peut :

Ou bien fuser vers la partie supérieure de la fosse temporale, s'ouvrir près des insertions frontales de ce muscle et, le pus se répandant sous la peau, s'ouvrir secondairement au dehors. Le drainage est donc au plafond.

Dans d'autres cas, le pus tend à fuser par en bas (observation II) et en suivant d'abord la branche montante du maxillaire, puis le sterno-cléido-mastoïdien, peut se faire jour, soit au niveau de l'échancrure sigmoïde au-dessus de la branche montante du maxillaire, soit au-dessous de l'angle de la mâchoire, soit plus bas, près des insertions du sterno. La malade de l'observation II présentait ces trois fistules.

Nous avons essayé de suivre au cours des interventions ces trajets fistuleux, sans qu'il nous ait été possible d'y parvenir.

Ces fistules guérissent très difficilement. Le curetage des trajets n'amène aucune sédation, des injections modificatrices n'ont guère de résultat meilleur; finalement ce malade qui continue à suppurer est une proie facile pour des complications d'ordre général.

2° *Complications méningo-osseuses et encéphaliques.* — Le siège des muscles temporaux explique la possibilité d'atteinte secondaire des os du crâne et

ultérieurement l'infection des méninges et de l'encéphale.

a) *Ostéite.*

L'invasion du microbe s'effectue par contiguïté et de proche en proche : le pus collecté fait bientôt irruption au niveau du périoste temporal qu'il infiltre; à ce moment se produit alors, si l'intervention n'est pas pratiquée, une périostite du temporal, dont la suppuration entraîne inévitablement celle de l'os sous-jacent, déterminant ainsi une ostéite.

b) *Abscès du cerveau.*

Puis, lorsque la table interne de l'os est atteinte, il est logique de concevoir que le pus puisse s'infiltrer dans le crâne : la dure-mère s'enflamme, entraînant la formation d'abcès intracraniens, extra ou intraduraux, selon leur localisation et la défense des méninges. Et si celles-ci n'ont pas réagi, complication plus grave encore, il peut y avoir formation d'abcès du cerveau dont la gravité ne permet presque jamais la guérison du malade.

c) *Méningite.*

Ce ne sont pas là pourtant les complications qui paraissent les plus fréquentes. Plus habituellement

l'infection se borne au stade de méningite; c'est ce que nous avons observé dans notre cas II, où, lorsqu'on examine notre malade, cette dernière présente un abcès de la fosse temporale, avec des signes méningés : raideur de la nuque, contracture, signe de Kernig, troubles vaso-moteurs accentués, température très élevée et l'existence de polynucléaires avec cocci encapsulés décelés dans la ponction lombaire. Complication importante et pratiquement mortelle.

B. — COMPLICATIONS GÉNÉRALES

a) *Thrombo-phlébite*. — Etant donné son siège, l'infection peut provoquer une thrombo-phlébite des sinus dont on sait le grave pronostic, car, lorsqu'elle n'amène pas par elle-même une mort rapide, elle projette dans le courant sanguin le microbe qui va donner broncho-pneumonies, abcès du foie, pleurésies et arthrites purulentes.

b) *Septicémie*. — L'infection générale, septicémique, avec ses signes particuliers : température constante et toujours élevée, oscillante ou en plateau, avec sueurs froides et profuses, altération grave de l'état général, pouls rapide et lipothymie parfois.

c) *Pyohémie*. — La pyohémie qui va provoquer, outre une infection généralisée avec ses manifestations, des foyers métastatiques.

Ces deux dernières étant d'ailleurs des complications de toutes les myosites et n'ayant rien de particulier lorsqu'il s'agit des myosites des muscles masticateurs.

DIAGNOSTIC

Pour faire le diagnostic de myosite du temporal, il est indispensable de connaître l'existence de cette affection, sa symptomatologie particulière, et surtout de toujours y penser. Les cas mentionnés dans la littérature ont été si peu nombreux que pour ainsi dire jamais le diagnostic de cette affection ne s'est posé. Et si longtemps, en effet, les praticiens se sont refusés à porter le diagnostic de myosite, quelle que fut sa localisation, invoquant le caractère livresque et non réel de cette maladie, on comprendra à plus forte raison leur hésitation, lorsqu'il s'agira, en présence d'une tuméfaction de la région temporale, de porter le diagnostic de myosite.

DIAGNOSTIC POSITIF

En ce qui concerne le diagnostic positif, on insistera sur la tuméfaction limitée le plus souvent, parfois cependant étendue à tout l'hémicrâne, aux paupières et à la face, à l'œdème et surtout au trismus toujours constant dans ce cas et si considérable que le malade ne peut ouvrir la bouche.

La douleur n'aura qu'une valeur relative, puisque, en certains cas, elle paraît presque inexistante.

Nous insisterons davantage sur la température, qui, fait remarquable dans ce genre de myosite, n'est jamais élevée; nous ne l'avons jamais vu dépasser 38°5, même dans le cas grave relaté dans notre observation II.

Enfin, la ponction exploratrice devra toujours être tentée, comme moyen de confirmation de diagnostic et d'identification des germes.

Il semblerait qu'en possession de tous ces symptômes, il soit aisé de poser immédiatement le diagnostic. Mais précisément ces symptômes sont communs à tellement d'autres affections du temporal que fatalement devront se poser une quantité d'autres diagnostics.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

a) *Abcès superficiel*. — En présence d'une myosite du temporal, il nous sera facile d'éliminer les collections sous-cutanées dont la fluctuation sera des plus nettes, avec très peu d'œdème et surtout pas de trismus.

b) *Rhumatisme articulaire aigu*. — On songera au rhumatisme articulaire aigu à localisation temporo-

maxillaire. Dans notre observation, nous avons posé ce diagnostic. Seuls le traitement au salicylate de soude et surtout l'intervention firent poser avec certitude le diagnostic de myosite du temporal.

c) *Arthrite purulente*. — De même, nous avons effleuré le diagnostic d'arthrite purulente, rare en cet endroit, mais possible cependant.

d) *Tétanos céphalique*. — Malgré l'absence de traumatisme ayant pu l'expliquer, le trismus nous fit penser à un tétanos céphalique localisé, mais le défaut de tuméfaction et d'œdème périphérique nous permit d'abandonner ce diagnostic.

e) *Affections aiguës*. — Toutes les affections aiguës pouvaient être envisagées : lymphangite, érysipèle, mais, comme le dit Velpeau, l'érysipèle est une maladie tout à fait superficielle, alors que, dans la myosite, ce sont les parties profondes que la phlegmasie a envahies.

On aurait pu envisager aussi le diagnostic d'adénophlegmon, le muscle temporal étant plaqué sur un système lymphatique et graisseux assez riche pour se laisser infecter.

f) *Mastoïdite*. — Il sera nécessaire de pratiquer un examen approfondi de l'oreille pour éliminer l'affec-

tion importante qu'est la mastoïdite, dont l'œdème atteint parfois la région temporale.

g) *Ostéomyélite*. — Mais c'est surtout au diagnostic d'abcès d'origine osseuse que l'on est tenté de s'arrêter, en raison de la présence des os du crâne et de la fréquence des ostéites craniennes.

Mais, en réalité, les ostéomyélites primitives du crâne sont très rares. La grande majorité est consécutive à des lésions des parties molles : érysipèle de la face, plaies des téguments, surtout lorsque l'épicroâne a été déchiré; contusion avec fracture parcellaire.

Dans des cas rarissimes, quand il ne s'agit pas d'ostéite d'origine otitique ou de lésions des téguments, l'ostéite du crâne apparaît au décours d'une typhoïde ou d'une staphylococcémie.

L'apparition d'une collection suppurée de la région temporale chez un malade dont l'état général est relativement bon doit faire soupçonner la possibilité d'un abcès d'origine musculaire.

A notre avis, un bon signe, c'est le peu d'intensité de la douleur dans la myosite, douleur au contraire très accusée et violente dans l'ostéomyélite.

La radio peut apporter un élément de diagnostic intéressant sur un cliché bien fait et pris sous incidence voulue. Il ne faut cependant pas donner à cette exploration une valeur absolue.

De toute façon, l'intervention est nécessaire et au cours même de cette exploration, lorsqu'une lésion osseuse n'est pas évidente, la lésion musculaire doit être considérée comme l'origine de la suppuration.

L'importance de ce diagnostic tient au traitement, et le chirurgien qui opère doit suffisamment examiner les lésions anatomiques pour fixer les directives de son intervention : résection musculaire quand il s'agit d'une myosite et trépanation de la table externe quand il s'agit d'une ostéomyélite.

TRAITEMENT

a) TRAITEMENT MÉDICAL

S'il n'est qu'un véritable traitement radical des myosites : l'intervention chirurgicale, nous ne devons pas exclure le traitement médical, adjuvant nécessaire et souvent efficace, comme nous l'avons expérimenté.

Localement : on pourra appliquer les résolutifs connus des classiques, au premier rang desquels sont la pommade mercurielle de Velpeau et les cataplasmes de farine de lin.

Les vieux classiques utilisaient la pommade à l'iode de plomb, les sangsues sur la région enflammée, enfin la compression, qui peut dans certains cas aider à la résorption.

Pour notre part, nous avons constaté l'efficacité des applications de pommade au collargol, des pansements humides chauds et répétés, ainsi que des pulvérisations.

Actuellement on peut utiliser la chimiothérapie, qui peut agir comme anti-infectieux et médication de choc, d'ailleurs nos deux malades guéris ont vu leur

température régresser par une série d'injections intraveineuses de gonacrine à 2 % et de carbone animal alternés.

Les métaux colloïdaux : argent et cuivre injectable, ont également des succès à leur actif. Dans le cas de M^{me} B... nous avons pratiqué des injections quotidiennes d'électrargol à la dose de 5 cc³.

La chimiothérapie nous offre une gamme riche de substances : mercuro-chrome, trypaflavine, rouge et bleu trypan. Nous en avons le libre choix, mais on ne devra pas commettre l'erreur d'associer la thérapeutique de choc à la thérapeutique biologique de vaccin et de bactériophage.

Quant au traitement biologique, il consistera en vaccins spécifiques ou polyvalents.

La sérothérapie pourra être utilisée et dans un cas nous l'avons pratiquée avec succès tant avant qu'après l'intervention, à dose très élevée de sérum antipneumococcique par la voie sous-cutanée.

Au point de vue général, outre qu'il pourra être légèrement alimenté, le malade se trouvera bien de tonicardiaques et de reconstituants.

b) TRAITEMENT CHIRURGICAL

Jusqu'à présent tous les chirurgiens ont considéré à notre connaissance que le seul traitement chirurgi-

cal de la myosite suppurée était l'incision avec drainage systématique.

L'excision de l'abcès n'est citée que pour être immédiatement rejetée. Pergola dans sa thèse dit que « l'excision a un inconvénient majeur : c'est non seulement d'ouvrir les vaisseaux... mais encore et surtout de supprimer avec la paroi de l'abcès, des quantités d'éléments cellulaires qui ne demandent qu'à reconstituer, une fois l'inflammation disparue, la perte de substance musculaire et les séquestres drainés par l'abcès. Il suffit d'avoir à l'esprit les phénomènes histologiques de la régénération musculaire pour s'apercevoir qu'il s'agit là d'une mauvaise méthode basée sur la méconnaissance ou l'oubli des phénomènes de réparation musculaire ».

Malheureusement, l'expérience des trois cas que nous citons va intégralement à l'encontre de cette assertion. En l'observation I l'incision suivie de drainage et d'un drainage large, a entraîné une fistulisation qui a duré 7 mois jusqu'au jour où une résection partielle du muscle temporal, a amené la guérison en quinze jours.

Dans l'observation II, l'incision a entraîné une supuration fistuleuse qui, compliquée de méningite à pneumocoque, entraîne la mort de la malade. Et à l'opposé, dans l'observation III, le chirurgien réséquant d'emblée une partie du muscle, guérit en quinze

jours son malade, bien décidé à ne pas le laisser sup-
purer pendant encore des mois.

S'agit-il d'une différence entre les myosites du tem-
poral et les myosites des membres en raison de la loge
ostéo-fibreuse inextensible dans laquelle est contenu
ce muscle?

Nous avons, dans un autre cas de myosite du qua-
driceps, fait une incision simple avec drainage et
méchage, et nous avons constaté que l'évolution était
infiniment moins rapide que dans les cas réséqués des
myosites des temporaux.

Technique opératoire. — La technique à employer
est pour nous la suivante :

Après avoir rasé largement la région temporale,
nettoyé à l'éther, et badigeonné à la teinture d'iode :

1° Faire à l'endroit le plus saillant du muscle, une
incision verticale allant du bord supérieur du tempo-
ral jusqu'au zygoma. Puis deux incisions latérales en
arc-de-cercle, l'une antérieure et l'autre postérieure,
épousant la courbure d'insertion des fibres. On réalise
ainsi un débridement en T pour se donner jour vers
la partie qui paraît être plus lésée. Et l'on peut dégager
toute la fosse temporale avec la plus grande faci-
lité au moyen de la rugine.

2° Pratiquer une résection partielle du muscle, ou
tout au moins de la partie la plus atteinte. Et l'on ne

devra pas être trop conservateur, une seule fibre infectée pouvant réveiller dans l'avenir un autre foyer de suppuration.

Attoucher au chlorure de zinc. Cependant, à notre sens, il y aurait intérêt à faire des injections intramusculaires de sérum antipneumococcique, plutôt que de faire des attouchements de la zone cruentée avec un liquide caustique, car la tranche musculaire doit être bien nourrie et il serait fâcheux de la nécroser.

3° Drainer le foyer et mèche. Le drainage sera systématique : on le fera par des tubes de caoutchouc, et s'il y a suintement hémorragique, par mèches associées au drain pour assurer simultanément l'hémostase.

Drains et mèches seront placés dans la fente de l'incision initiale et la suture sera lâche, en laissant l'orifice de drainage assez large.

Soins post-opératoires. — Si le foyer de myosite est entièrement extirpé, après deux ou trois jours de drainage la cicatrisation devra se faire par première intention. Dans ces conditions, il nous paraît inutile de parler de suture secondaire, car nos blessés ont guéri chaque fois complètement en quinze jours.

On pourra panser à plat assez rapidement, dès que le drain ne donnera plus que de la sérosité.

Et l'on constatera une prompte et sérieuse amélio-

ration du malade : amélioration de l'état général, retour de la température à la normale, disparition du trismus et possibilité plus grande de la mastication et de la parole.

Seul persistera après l'intervention, un œdème considérable, qui peut paraître alarmant, parce qu'il est plus considérable que l'œdème primitif, mais qui, fait remarquable, ira en diminuant pour disparaître tout à fait vers le septième jour.

Suites opératoires. — Les malades reviennent bientôt à une santé parfaite; le seul inconvénient de l'exérèse est de laisser une fosse temporale vide, inesthétique par le méplat qu'elle dessine. Nous n'avons pas vu que les fonctions de la mâchoire aient été entravées par l'ablation d'une partie du temporal. Le masséter et le reste du muscle temporal, du côté opéré, et le temporal du côté opposé, jouent un rôle compensateur, et largement suffisant pour entraîner les mouvements pour la fermeture de la bouche, et les mouvements de mastication.

CONCLUSIONS

1° Les myosites aiguës suppurées que nous publions, nous ont paru être les seules actuellement connues dans la littérature médicale.

Il est vraisemblable que des cas analogues ont été rencontrés, mais leur diagnostic méconnu : ces myosites ont été prises soit pour des suppurations d'origine otitique, soit pour des suppurations d'origine osseuse : ostéomyélite du crâne en particulier.

De toute façon, les myosites du temporal et des massicteurs en général, sont extrêmement rares.

2° La symptomatologie de ces myosites permet en général de les reconnaître en raison :

- a) de la douleur moins intense que dans les ostéomyélites crâniennes;
- b) de l'absence de signes radiologiques;
- c) de l'intégrité de l'oreille.

3° Contrairement à l'opinion généralement admise, l'incision et le débrdement de l'abcès est insuffisant à amener la guérison. Il est nécessaire de faire la résection de toute la portion de muscle malade, pour soulager le blessé.

4° En l'absence de tout traitement, la fistulisation survient, qui peut durer des mois, voire des années.

En raison de son siège, d'autres complications peuvent survenir, en particulier les thrombo-phlébites des sinus, les méningites aiguës et les abcès du cerveau.

5° Le traitement correct de ces myosites, c'est-à-dire la résection, entraîne une guérison extrêmement rapide, dans les quinze jours. La fosse temporale en partie évidée, est inesthétique, mais au point de vue fonctionnel, la mastication ne subit aucune gêne, pas plus que l'ouverture de la bouche.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY.

Vu : *Le Président,*

P. DUVAL.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Vu et permis d'imprimer :

S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- P. ABRAMI et R. WORMS. — La myosite suraiguë streptococcique. Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris (54) : 487-494, mars 31, 1930.
- BOULLOCHE. — Note sur un cas de polyarthrite suppurée, et de myosite déterminée par le pneumocoque. Archives de médecine expérimentale, Paris, 1891. Tome III, pages 252 à 256.
- BRUNON. — De la myosite infectieuse primitive. Thèse de Paris, 1886-1887.
- J. CATHALA. — Myosite suraiguë staphylococcique. Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris. Séance du 10 juillet 1931, n° 25.
- CAYET. — Myosite aiguë. Thèse de Paris, 1898. N° 287.
- CHAILLET. — Contribution à l'étude des myosites infectieuses. Myosites staphylococcémiques. Thèse de Paris, 1933, Jouve et C^{ie}, éditeurs.
- COMBY. — Myosite aiguë. Presse médicale, 25 septembre 1926.

- CUNEO. — Abscès des muscles. Bulletins et mémoires de la Société Nationale de chirurgie. 1933, p. 507.
- Y. DEUSHI. — Myosites acuta purulenta : 165 cases. (Taiwan Igakkai Zasshi. N° 289, p. 21, 1929.)
- GUERMONPREZ. — Contribution à l'étude de la myosite. Journal des sciences médicales de Lille, novembre 1879.
- S. HANZAWA. — Statistics of acute purulent myositis, causative agent, staphylococcus pyogenes aureus. Mitt. Allg. Path. Anat. 6 : 333-346. June 5 1930.
- LENORMANT. — Abscès des muscles. Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie, 1932.
- MAUCLAIRE. — Abscès des muscles. Bulletin de la Société Nationale de chirurgie, 1893.
- OMBREDANNE. — Myosites. Traité le Dentu et Delbet, 1907.
- PALES. — Les localisations chirurgicales du pneumocoque chez le noir en A. E. F. Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie. Marseille, 1933. Pages 350-368.
- PERGOLA. — Myosites infectieuses aiguës et chroniques. Abscès des muscles. Thèse de Paris, 1935. Masson et C^{ie}, éditeurs.
- PICOT. — Abscès des muscles. Bulletins et mémoires de la Société Nationale de chirurgie. 1933. Pages 507 à 509.

SUARD. — De la myosite aiguë suppurée. Thèse de Bordeaux, 1887.

VELPEAU. — Leçons sur la myosite. Gazette des Hôpitaux, 1849, pp. 600-625.

VERON. — Myosite infectieuse primitive aiguë. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1886. N° 6.

TEJERINA FOTHERINGHAM. — Tumor pulsatif de las fosas temporal y maseterina. (Bol. y trab. de la soc. de cir. de Buenos-Ayres, 18-25 avril 1934. 141-145.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
OBSERVATIONS	13
HISTORIQUE	25
ETIOLOGIE ET PATHOGENIE	27
CAUSES PREDISPOSANTES	30
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	31
Anatomie pathologique macroscopique	31
Anatomie pathologique microscopique	32
ETUDE CLINIQUE	35
EVOLUTION	39
COMPLICATIONS	40
A. — Complications locales	40
B. — Complications générales	43
DIAGNOSTIC	45
Diagnostic positif	45
Diagnostic différentiel	46
TRAITEMENT	51
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

